

健康保険

被保険者  
家 族

移送費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名称	〇〇 株式会社	
		1	1 2 3 4 5 6 7	〇〇 支店 〇〇〇 営業所 〇〇〇 部 〇〇 課		
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ	ダイトウ タロウ	被保険者の生年月日	昭和 40 年 1 月 23 日 平成	
	被保険者住所	フリガナ	トウキョウト〇〇ク△△	電話番号	123 (4567) 8910	
		〒	123 - 4567	東京都〇〇区△△1-2-3		
	申請が被扶養者に関するとき	被扶養者の名前	大東 花子	被扶養者の生年月日	昭和 40 年 3 月 21 日 平成	
	傷病名	脳梗塞	発病又は負傷年月日	平成 28 年 12 月 1 日	続柄 妻	
	発症又は負傷の原因	1年前に心筋梗塞を患ったことが原因と考えられる		第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	振込希望口座	金融機関コード	銀行コード	0 1 2 3	支店コード	4 5 6
		金融機関名称	〇〇	銀行 信組 金庫 その他	△△	本店 出張所 支店 その他
	種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 大東 太郎	

医 師 が 意 見 を 記 入 す る こ ろ	傷病名	移送年月日	平成 年 月 日	
	移送費を必要とした事由	この欄は医師に記入してもらってください		
	移送方法			移送先
	移送区間	移送に擁した費用の額		
	上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日			
	医療機関所在地	〒	医療機関名称	電話番号
医師氏名	( )			

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。

《委任状》

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

氏名

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入

代理人 住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付印